

P-113

当院で経験した劇症1型糖尿病の3例

津久井赤十字病院 内科

○柳橋 ^{やなぎばし} 崇史^{たかふみ}、伊藤 俊、黒鳥美智子、田中 聡、
黒鳥 偉作、高佐 顕之、渡久山哲男、中川 潤一

【背景】劇症1型糖尿病は膵β細胞の破壊が急速に進行し、インスリン依存状態に至る糖尿病とされる。感冒や胃腸炎のようなありふれた症状を主訴に来院することが多いが、速やかに処置されない場合重篤な転帰をとる可能性がある。今回我々は平成18年から平成25年の間に当院で経験した劇症1型糖尿病の3症例を若干の文献的考察を交えて報告する。

【症例】＜症例1＞68歳女性。平成18年12月に感冒症状を主訴に近医受診。随時血糖557mg/dL、尿ケトン(++)のため当院紹介。pH 7.256、HCO₃⁻ 17.9mmol/L、HbA_{1c} 5.5%(JDS)、尿中Cペプチド 6.0 μg/24hであった。＜症例2＞24歳男性、BMI 30.3kg/m²の中等度肥満症例。平成21年4月に下痢・食欲不振を主訴に休日診療所を受診、内服薬処方も改善なく、下肢脱力も出現したため翌日当院救受診。随時血糖1661mg/dL、尿ケトン(++), pH 6.933、HCO₃⁻ 2.4mmol/L、HbA_{1c} 6.5%(JDS)、尿中Cペプチド <0.1 μg/24h、HLA DR4であった。＜症例3＞55歳女性。平成25年1月に嘔気・嘔吐を主訴に当院救急受診。随時血糖845mg/dL、尿ケトン(+), pH 6.856、HCO₃⁻ 3.3mmol/L、HbA_{1c} 6.6%(NGSP)、尿中Cペプチド 7.0 μg/24h、HLA DR9であった。本症例は血清アミラーゼ 720u/L、リパーゼ 1268u/L、CK 23930u/Lと著明高値であった。いずれの症例も抗GAD抗体陰性で劇症1型糖尿病と診断、インスリン強化療法にて血糖は良好にコントロールされている。

【結語】劇症1型糖尿病は一見common diseaseのような主訴で一般内科を受診する。糖尿病症状が前面に出ないこともあるため、常にその可能性を念頭に置いて診療し、少しでも本疾患が疑われる症例には積極的に採血や尿検査を施行する必要があると考えられた。

P-115

地域糖尿病デバイス・インストラクター制度の立ち上げと患者指導の一例

長野赤十字病院 薬剤部¹⁾、同 糖尿病・内分泌内科²⁾

○深井 ^{ふかい} 康臣^{やすのみ}¹⁾、佐藤 亜位²⁾

【目的】一般にインスリン自己注射導入や維持管理の多くは、基幹病院勤務の糖尿病専門医師、看護師及び薬剤師による導入指導が行なわれているのが現状である。また糖尿病患者におけるインスリン導入は遅れ気味で、血糖コントロールは十分でなく、維持管理の問題も指摘されている。我々は、これらの基幹病院のみならず、地域の開業医や保険薬局などでも、医師の指導の元でインスリン導入・維持管理、敷いては地域のデバイス指導能力のレベル標準化を実現するため、糖尿病デバイス指導のスペシャリスト育成が必要と考えた。そこで、平成24年8月に「北信糖尿病デバイス・インストラクター研究会」を立ち上げた。今回、糖尿病デバイス・インストラクターとして、患者指導に関わった一例を紹介する。

【症例および方法】元来インスリン注射を行っている2型DMの患者がER搬送され、DKAと診断された。入院時データおよび使用薬剤は血糖値700mg/dl、尿中CRP3.4未満、アビドラスロスター30単位/日(10-10-10)およびランタスロスター10単位/日であった。病状が安定した後、服薬指導に入ると患者の視力のため単位設定がずれて注射している事が判明し、DKAの要因の1つに視力低下による単位設定不足が挙げられた。そこで、インスリン単位設定を確実にするための工夫として、10単位で注入ダイヤル合わせをしたインスリンデバイス上に(単位設定窓から注入ボタン側面まで)マジックで線を引いた注射器を患者に渡し、自己注射を試行して頂いた。

【結果および考察】視力低下のある患者でもラインが一直線の上になった事を目印とすることで容易に正確な単位設定が可能となり、自己注射が可能となった。個々の患者ニーズを考察し、テラーメイドのインスリン指導が出来る糖尿病デバイス・インストラクターの育成が望まれる。

P-114

GLP-1アナログ製剤導入により血糖コントロールが得られたBrittle型糖尿病の一例

静岡赤十字病院 内科¹⁾、慶應義塾大学病院²⁾、
東京電力病院 内科³⁾

○都築 ^{つづき} 伸佳^{のぶよし}¹⁾、土肥浩太郎¹⁾、竹丸 雅志²⁾、坂巻 裕介¹⁾、
久保田英司¹⁾

症例は78歳女性。平成5年に2型糖尿病と診断され経口血糖降下剤(OHA)による加療が始まった。血糖コントロールは次第に不良となり、平成21年4月よりアスパルトとグラルギンによるインスリン強化療法を導入した。当初は血糖のコントロールは得られていたが徐々にその逸脱を認め、血糖変動パターンからBrittle型糖尿病と考えられた。平成22年12月インスリン抗体陽性を確認。平成24年1月再びDPP4阻害剤を主軸としたOHAによる治療に切り替えた。当初は血糖コントロールの改善傾向を認めていたが、徐々に増悪を認め、平成24年9月インスリン強化療法を再導入することとした。この際、使用したインスリン製剤は、前回と異なるアナログ製剤であるグルリジンとデテムールとを選択した。導入後、血糖変化はさらに不安定となり、平成25年1月に外因性インスリン投与は中止とし、GLP-1アナログ製剤であるリラグルチドの投与を開始した。同剤 0.3mg/day、0.6mg/day、0.9mg/dayと段階的に増やしたところ徐々に良好な血糖コントロールが得られるようになった。インスリン抗体によるBrittle型糖尿病は、外因性インスリンとそれに対する抗体との結合そして予想困難なタイミングでの遊離がその病態として想定されている。これに対する治療として、外因性インスリン投与から内因性インスリン賦活への治療方針の転換や、ステロイド治療、血漿吸着療法が報告されているが一定したものは未だ確立されていない。本例では、DPP4阻害剤投与である程度の奏功を認めたため、同じインクレチン作用による内因性インスリン賦活を期待してGLP-1アナログ製剤の投与を行い良好な結果を得ることができた。比較的まれな病態に、効果的な治療が適応できたため報告する。

P-116

糖尿病透析予防外来を開設して(報告)

柏原赤十字病院 栄養課¹⁾、柏原赤十字病院 看護部²⁾、
柏原赤十字病院 内科³⁾

○上野千絵子¹⁾、大地 美和²⁾、新井真由美²⁾、足立 和秀³⁾

【はじめに】平成24年4月の診療報酬改訂で「糖尿病透析予防指導管理料1回/月350点」が新設され、当院では8月の本稼働を目標とし、6月より糖尿病透析予防外来を開始した。

そこで今回、当院の透析予防外来の運用と、平成24年6月～平成25年3月末までに指導した患者数及びHbA_{1c}、Cre又はeGFR、血圧の各改善者数、及び改善率を報告する。

【方法】糖尿病ケアチームでは、4・5月に予防診療チームを編成。指導室の設置、患者の動線、指導時間帯等を検討した。メンバーは糖尿病認定医を中心に内科医師、外来内科の保健師、看護師・管理栄養士(糖尿病療養指導士)とした。指導は初回指示のみを医師が行い、継続については患者の状態を診て管理栄養士・看護師(後、担当者と呼ぶ)が判断する運用とした。

指導は従来の医師の診察後に指導する方法ではなく、生化学検査の結果待ちの時間を利用し、管理栄養士が指導、次に看護師が行い最後に医師の診察を受けるタイムスケジュールとした。

【結果】透析予防患者として医師が指示を出した患者の総数は231名。内、本指導管理料を算定した患者は91名。改善率はHbA_{1c}が改善(維持)された者は56%(平均改善値/0.8)、Cre又はeGFRが改善(維持)された者は78%(Cre平均改善値/0.12、eGFR平均改善値/7.2)、血圧が改善(維持)された者は86%(収縮期平均改善値/21、拡張期平均改善値/8)という結果であった。

【考察】患者の待ち時間を利用し、医師より先に指導することで待ち時間の有効活用ができた。初回指示のみ医師が行い継続指示を担当者が行うことで、医師の業務軽減に貢献できた。HbA_{1c}、Cre又はeGFR、血圧について50%～80%の改善傾向が見られた。